

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 13 avril 2021 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19 pour l'année 2021

NOR : SSAH2111835A

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6111-1 et L. 6111-3-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-23-1 et L. 162-23-3 ;

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 ;

Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, notamment son article 11 ;

Vu la loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire et portant diverses mesures de gestion de la crise sanitaire, notamment son article 5 ;

Vu la loi n° 2020-1573 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ;

Vu l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale ;

Vu l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle ;

Vu l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu l'ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020 prolongeant, rétablissant ou adaptant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu l'ordonnance n° 2020-1639 du 21 décembre 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 janvier 2009 relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées ;

Vu l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, notamment ses articles 1^{er} et 12 ;

Vu l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du COVID-19 ;

Vu l'arrêté du 13 novembre 2020 fixant le montant des crédits à verser aux établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale au titre de l'exécution de l'objectif pris en application de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale pour l'année 2020 ;

Vu l'arrêté du 18 novembre 2020 fixant pour l'année 2020 le montant des crédits à verser aux établissements de santé au titre de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 30 mars 2021 ;

Vu la saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 30 mars 2021 ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 30 mars 2021 ;

Vu la saisine de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 30 mars 2021,

Arrêtent :

CHAPITRE 1^{er}

LA GARANTIE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR FAIRE FACE À L'ÉPIDÉMIE DU COVID-19

Art. 1^{er}. – I. – Pour les prestations de soins réalisées au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021, les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, à l'exception des établissements mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, exerçant les activités mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale bénéficient d'une garantie de financement au titre de cette activité.

Les établissements mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'une garantie de financement distincte pour leur activité d'hospitalisation à domicile dans les conditions du présent arrêté.

Pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, cette garantie couvre la part des frais d'hospitalisations pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées à l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, et des consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code

Pour les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, cette garantie couvre la part des frais d'hospitalisations pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées à l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale et de la rémunération des médecins salariés facturée par les établissements de santé en application de l'article L. 162-26-1 du même code.

Pour les établissements mentionnés au *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les frais d'hospitalisation sont valorisés aux tarifs de responsabilité.

II. – Le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements, tient compte du montant des recettes perçues par l'établissement en 2020, le cas échéant, du montant de la garantie de financement pris en application de l'arrêté du 6 mai 2020 susvisé au titre :

1^o De la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins entrant dans le champ des prestations mentionnées à l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale.

La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2021 à ce titre pour les mois de janvier à juin correspond à six douzièmes des recettes mentionnées au présent 1^o. Elle intègre le montant des crédits versés sous la forme de recettes liées aux prestations de soins aux établissements de santé au titre de la sous-exécution de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale pris pour l'année 2020 en application de l'arrêté du 27 février 2020 susvisé.

Ces recettes sont majorées d'un taux moyen correspondant pour une activité de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie :

- à deux sixièmes d'un taux de + 0,2 %, correspondant à l'évolution de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9 du même code issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2020 ;
- à quatre sixièmes d'un taux correspondant à l'évolution des tarifs des séjours et séances, pour l'établissement concerné, en application de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2021 ;

2^o Des consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, à l'exception des établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code.

La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2021 à ce titre pour les mois de janvier à juin correspond à six douzièmes des recettes mentionnées au présent 2^o.

3° De la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre de l'aide médicale de l'Etat conformément aux dispositions des articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que de la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre des soins urgents conformément aux dispositions des articles L. 254-1 à L. 254-2 du même code.

La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2021 pour les mois de janvier à juin à ce titre correspond à six douzièmes des recettes mentionnées au présent 3°.

Ces recettes, à l'exception des consultations et actes externes, sont majorées d'un taux moyen correspondant :

- à deux sixièmes d'un taux de + 0,2 %, correspondant à l'évolution de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9 du même code issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2020 ;
- à quatre sixièmes d'un taux correspondant à l'évolution des tarifs des séjours et séances en application de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2021 ;

4° De la rémunération des médecins salariés facturée par les établissements de santé en application de l'article L. 162-26-1 du même code. La part de la garantie dont bénéficient les établissements en 2021 pour les mois de janvier à juin à ce titre correspond à six douzièmes des recettes mentionnées au présent 4°.

Le montant de la garantie dont bénéficient les établissements en 2021 pour les mois de janvier à juin correspond aux recettes mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4°.

Par dérogation aux dispositions du 1° du présent II, pour les établissements de santé exerçant une activité d'hospitalisation à domicile, le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements pour l'activité d'hospitalisation à domicile, correspond à six dixièmes du montant de la garantie de financement notifié à l'établissement en 2020 pour l'activité d'hospitalisation à domicile, en application de l'arrêté du 6 mai 2020 susvisé, majoré d'un taux moyen correspondant :

- à deux sixièmes d'un taux de + 1,1 %, correspondant à l'évolution de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9 du même code issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2020 ;
- à quatre sixièmes d'un taux correspondant à l'évolution des tarifs des séjours, pour l'établissement concerné, en application de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2021.

III. – Pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la santé publique :

1° Un montant provisoire de la garantie de financement mentionnée au I dont bénéficient ces établissements de santé est calculé en tenant compte du montant des recettes perçues par l'établissement au titre de l'activité réalisée en 2020, dans les conditions prévues au I et au II du présent article. Ces recettes sont issues des fichiers prévus au 3° alinéa du II de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé et de la garantie de financement perçue en 2020 par l'établissement de santé concerné en application de l'arrêté du 6 mai 2020 susvisé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement le montant provisoire de la garantie de financement qui lui est alloué au titre des prestations de soins de la période de janvier à juin 2021 ainsi que le montant mensuel associé qui tient compte des montants préalablement versés aux établissements au titre de la garantie de financement 2021. Cet arrêté distingue le montant de la garantie alloué au titre des activités d'hospitalisation à domicile et des activités qui font l'objet d'une facturation individuelle dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du même code.

Le montant mensuel associé ne tient pas compte des recettes liées aux consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, aux séjours et forfaits lorsqu'ils font l'objet d'une facturation individuelle dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du même code.

Le directeur général de l'agence régionale de santé notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application des articles L. 174-2 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

A compter du versement correspondant à l'activité au titre du mois de janvier, la caisse concernée verse chaque mois, durant la période prévue au I du présent article, le montant mensuel notifié mentionné au précédent alinéa au titre de l'activité dans les conditions prévues à l'article 8 de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé.

2° Pour les activités mentionnées au I qui ne font pas l'objet d'une facturation individuelle dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale, une régularisation a lieu au plus tard le 5 septembre 2021 par les caisses sur la base de l'activité effectivement réalisée du 1^{er} janvier 2021 au 30 juin 2021.

Lorsque la comparaison entre la valorisation des données d'activités des mois de soins de janvier à juin 2021 nouvellement transmis et le montant de la garantie de financement arrêté pour la période au 1° du présent article fait apparaître que le montant des recettes issues de l'activité valorisée pour les mois de soins de janvier à juin 2021 est supérieur au montant de la garantie de financement relative à cette activité versée au titre de cette même période, la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale procède au versement du montant du différentiel à l'établissement en une seule fois en complément du montant mensuel de la garantie de financement.

Cette comparaison s'opère distinctement d'une part pour les activités d'hospitalisation à domicile et d'autre part pour les activités hors hospitalisation à domicile.

Par dérogation à l'article 2 de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé, à compter du 1^{er} juillet 2021, les montants des recettes à verser aux établissements de santé notifiés par le directeur général de l'agence régionale de santé en application des articles L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, tiennent compte, pour la période du 1^{er} janvier

au 30 juin 2021, du montant de la garantie de financement en application du présent arrêté pour cette même période.

3° Pour les activités mentionnées au I facturées dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale, une régularisation a lieu au plus tard le 5 novembre 2021 par les caisses sur la base de l'activité effectivement réalisée du 1^{er} janvier 2021 au 30 juin 2021.

Il est procédé à une comparaison entre le montant cumulé des recettes perçues au titre de l'activité facturée au titre de la période de janvier à juin 2021 et le montant correspondant à la partie de la garantie de financement relative à cette activité.

Lorsque cette comparaison fait apparaître que le montant des recettes issues de l'activité facturée pour les mois de soins de janvier à juin 2021 perçues par l'établissement est inférieur au montant de la garantie de financement relative à cette activité au titre de cette même période, la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale procède au versement du montant du différentiel à l'établissement en une seule fois.

Cette comparaison s'opère distinctement d'une part pour les activités d'hospitalisation à domicile et d'autre part pour les activités hors hospitalisation à domicile.

4° Au plus tard le 5 mars 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé établit le montant définitif de la garantie de chaque établissement au titre de la période considérée et le communique à l'établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement le montant définitif de la garantie de financement qui lui est alloué au titre de la période de janvier à juin 2021. Il notifie ce montant qui devient dès lors la référence lors des comparaisons effectuées avec la valorisation de l'activité, notamment dans le cadre des transmissions ultérieures au titre de la période de janvier à juin 2021.

Pour les établissements visés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, le montant définitif de la garantie tient compte, le cas échéant, des recettes perçues au titre des mesures d'aide aux entreprises prises en application de l'ordonnance n° 2020-1639 du 21 décembre 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle.

Ces recettes viennent en déduction de l'ensemble des montants à verser, par la caisse concernée en application des articles L. 174-2 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

Par dérogation à l'article 2 de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé, à compter du 1^{er} juillet 2021, les montants des recettes à verser aux établissements de santé notifiés par le directeur général de l'agence régionale de santé en application des articles L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, tiennent compte, pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021, du montant de la garantie de financement en application du présent arrêté pour cette même période.

Pour les activités mentionnées au I facturées dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale, il est procédé à une comparaison entre le montant des recettes perçues au titre de l'activité facturée au titre de la période de janvier à juin 2021 et le montant de correspondant à la partie de la garantie de financement relative à cette activité. De ce montant est déduit le montant déjà versé lors des régularisations prévues au 3° du présent article.

Lorsque cette comparaison fait apparaître que le montant des recettes issues de l'activité facturée pour les mois de soins de janvier à juin 2021 perçues par l'établissement est inférieur au montant de la garantie de financement relative à cette activité au titre de cette même période, la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale procède au versement du montant du différentiel à l'établissement en une seule fois.

Cette comparaison s'opère distinctement d'une part pour les activités d'hospitalisation à domicile et d'autre part pour les activités hors hospitalisation à domicile.

IV. – Pour les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale :

1° Le montant de la garantie est calculé en tenant compte du montant des recettes perçues par l'établissement en 2020, dans les conditions prévues au I et au II du présent article, à l'exclusion des honoraires de leurs praticiens libéraux conformément aux dispositions de l'article R. 162-33-2 du code de la sécurité sociale.

2° Au plus tard le 5 novembre 2021, le directeur général de l'agence régionale de santé établit le montant provisoire de la garantie de chaque établissement au titre la période considérée en application du 1° du présent article en distinguant les activités d'hospitalisation à domicile des activités hors hospitalisation à domicile.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre des prestations mentionnées à l'article R. 162-33-1, pour la période considérée à compter du 1^{er} janvier 2021 fait l'objet d'une régularisation par comparaison avec la garantie de financement qui lui a été notifiée.

Lorsque cette comparaison fait apparaître que le montant des recettes au titre de l'activité des mois de soins de janvier à juin 2021 perçues par l'établissement est inférieur au montant de la garantie de financement mentionnée au 1°, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au versement du montant du différentiel à l'établissement en une seule fois.

Cette comparaison s'opère distinctement d'une part pour les activités d'hospitalisation à domicile et d'autre part pour les activités hors hospitalisation à domicile.

Le montant dû par l'assurance maladie est calculé de la façon suivante :

Montant de la garantie notifiée - montant des recettes perçues au titre de l'activité.

3° Au plus tard le 5 mars 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé établit le montant de la garantie de chaque établissement en distinguant les activités d'hospitalisation à domicile des activités hors hospitalisation à domicile au titre de la période considérée et le communique à l'établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, le montant définitif de la garantie de financement qui lui est alloué. Ce montant tient compte, le cas échéant, des recettes perçues au titre des mesures d'aide aux entreprises prises en application de l'ordonnance n° 2020-1639 du 21 décembre 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle. Ces recettes viennent en déduction de l'ensemble des montants à verser, par la caisse concernée en application des articles L. 174-2 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre des prestations mentionnées à l'article R. 162-33-1, pour la période considérée à compter du 1^{er} janvier 2021 fait l'objet d'une régularisation par comparaison avec la garantie de financement qui lui a été notifiée.

Lorsque le montant issu de ce différentiel est supérieur au montant du différentiel versé dans les conditions du 2°, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au versement en une seule fois du montant égal à la différence entre ces deux montants.

Montant dû par l'assurance maladie = montant dû par assurance maladie dans les conditions du 2° - (montant définitif de la garantie - montant des recettes perçues au titre de l'activité)

Lorsque le montant issu de ce différentiel est inférieur au montant du différentiel versé dans les conditions du 2°, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au recouvrement en une seule fois du montant égal à la différence entre ces deux montants.

Montant recouvré par l'Assurance maladie = (montant définitif de la garantie - montant des recettes perçues au titre de l'activité) - montant dû par assurance maladie dans les conditions du 2°

Cette comparaison s'opère distinctement d'une part pour les activités d'hospitalisation à domicile et d'autre part pour les activités hors hospitalisation à domicile.

Art. 2. – I. – Pour les prestations de soins réalisées au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021, les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité mentionnée au 2° de l'article L. 162-22 du même code bénéficient d'une garantie de financement au titre de cette activité.

Cette garantie de financement couvre la rémunération des médecins salariés facturée par les établissements de santé en application de l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ainsi que la part des frais d'hospitalisations pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées aux articles R. 162-31-1 du même code, à l'exclusion des honoraires de leurs praticiens libéraux en application du R. 162-31-2 du même code.

II. – Le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements, tient compte du montant des recettes perçues par l'établissement en 2020 au titre de la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des soins entrant dans le champ des prestations mentionnées à l'article R. 162-31-1 du code de la sécurité sociale à l'exclusion des honoraires de leurs praticiens conformément aux dispositions de l'article R. 162-31-2 du même code. Le cas échéant, le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements tient compte du montant de la garantie de financement pris en application de l'arrêté du 6 mai 2020 susvisé. Ces recettes sont majorées de celles prévues à l'article L.162-26-1 du code de la sécurité sociale, dès lors que l'établissement de santé prévu au *d* de l'article L. 162-22-6 du même code emploie des médecins exerçant comme salariés.

Le montant de la garantie dont bénéficie l'établissement est égal à six douzièmes du montant des recettes perçues en 2020 majoré d'un taux moyen d'évolution correspondant :

- à deux sixièmes d'un taux de + 0,5 %, correspondant à l'évolution de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1 du même code issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2020 ;
- à quatre sixièmes d'un taux correspondant à l'évolution des tarifs de prestation en application de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2021 ;

III. – 1° Au plus tard le 5 novembre 2021, le directeur général de l'agence régionale de santé établit le montant provisoire de la garantie de chaque établissement au titre la période considérée en application du 1° du présent article.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre des prestations mentionnées à l'article R. 162-31-1, pour la période considérée à compter du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'au 30 juin 2021 fait l'objet d'une régularisation par comparaison avec la garantie de financement qui lui a été notifiée.

Lorsque cette comparaison fait apparaître que le montant des recettes au titre de l'activité des mois de soins de janvier à juin 2021 perçues par l'établissement est inférieur au montant de la garantie de financement mentionnée au 1°, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au versement du montant du différentiel à l'établissement en une seule fois.

Le montant dû par l'assurance maladie est calculé de la façon suivante :

Montant de la garantie notifiée - montant des recettes perçues au titre de l'activité.

2° Au plus tard le 5 mars 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé établit le montant définitif de la garantie de chaque établissement au titre de la période considérée et le communique à l'établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, le montant de la garantie de financement qui lui est alloué. Ce montant tient compte, le cas échéant, des recettes perçues au titre des mesures d'aide aux entreprises prises en application de l'ordonnance n° 2020-1639 du 21 décembre 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle. Ces recettes viennent en déduction de l'ensemble des montants à verser, par la caisse concernée en application des articles L. 174-2 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre des prestations mentionnées à l'article R. 162-31-1, pour la période considérée à compter du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'au 30 juin 2021 fait l'objet d'une régularisation par comparaison avec la garantie de financement qui lui a été notifiée.

Lorsque le montant issu de ce différentiel est supérieur au montant du différentiel versé dans les conditions du 1^o, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au versement en une seule fois du montant égal à la différence entre ces deux montants.

Montant dû par l'assurance maladie = montant dû par assurance maladie dans les conditions du 1^o - (montant définitif de la garantie - montant des recettes perçues au titre de l'activité)

Lorsque le montant issu de ce différentiel est inférieur au montant du différentiel versé dans les conditions du 1^o, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au recouvrement en une seule fois du montant égal à la différence entre ces deux montants.

Montant recouvré par l'Assurance maladie = (montant définitif de la garantie - montant des recettes perçues au titre de l'activité) - montant dû par assurance maladie dans les conditions du 1^o.

Art. 3. – I. – Pour les prestations de soins réalisées au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021, les établissements de santé mentionnés au *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité mentionnée au 4^o de l'article L. 162-22 du même code bénéficient d'une garantie de financement au titre de cette activité.

Cette garantie de financement couvre la rémunération des médecins salariés facturée par les établissements de santé en application de l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ainsi que la part des frais d'hospitalisations pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées aux articles R. 162-31-1 du même code financée dans les conditions du *a* du 2^o du E de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifiée par la loi n° 2020-1573 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, à l'exclusion des honoraires de leurs praticiens libéraux en application du R. 162-31-2 du même code.

II. – Le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements tient compte du montant des recettes perçues par l'établissement en 2020 au titre de la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des soins entrant dans le champ des prestations mentionnées à l'article R. 162-31-1 du code de la sécurité sociale financée dans les conditions du *a* du 2^o du E de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifiée par la loi n° 2020-1573 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, à l'exclusion des honoraires de leurs praticiens libéraux conformément aux dispositions de l'article R. 162-31-2 du même code. Le cas échéant, le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements tient compte du montant de la garantie de financement pris en application de l'arrêté du 6 mai 2020 susvisé. Ces recettes sont majorées de celles prévues à l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, dès lors que l'établissement de santé prévu au *d* de l'article L. 162-22-6 du même code emploie des médecins exerçant comme salariés.

Le montant de la garantie dont bénéficie l'établissement est égal à six douzièmes du montant des recettes perçues en 2020 majoré d'un taux moyen d'évolution correspondant :

- à deux sixièmes d'un taux de + 0,1 %, correspondant à l'évolution de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1 du même code issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2020 ;
- à quatre sixièmes d'un taux correspondant à l'évolution des tarifs de prestation en application de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2021 ;

III. – 1^o Au plus tard le 5 novembre 2021, le directeur général de l'agence régionale de santé établit le montant provisoire de la garantie de chaque établissement au titre la période considérée en application du 1^o du présent article.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre des prestations mentionnées à l'article R. 162-31-1, pour la période considérée à compter du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'au 30 juin 2021 fait l'objet d'une régularisation par comparaison avec la garantie de financement qui lui a été notifiée.

Lorsque cette comparaison fait apparaître que le montant des recettes au titre de l'activité des mois de soins de janvier à juin 2021 perçues par l'établissement est inférieur au montant de la garantie de financement mentionnée au 1^o, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au versement du montant du différentiel à l'établissement en une seule fois.

Le montant dû par l'assurance maladie est calculé de la façon suivante :

Montant de la garantie notifiée - montant des recettes perçues au titre de l'activité.

2^o Au plus tard le 5 mars 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé établit le montant définitif de la garantie de chaque établissement au titre de la période considérée et le communique à l'établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, le montant de la garantie de financement qui lui est alloué. Ce montant tient compte, le cas échéant, des recettes perçues au titre des mesures d'aide aux entreprises prises en application de l'ordonnance n^o 2020-1639 du 21 décembre 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle. Ces recettes viennent en déduction de l'ensemble des montants à verser, par la caisse concernée en application des articles L. 174-2 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre des prestations mentionnées à l'article R. 162-31-1, pour la période considérée à compter du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'au 30 juin 2021 fait l'objet d'une régularisation par comparaison avec la garantie de financement qui lui a été notifiée.

Lorsque le montant issu de ce différentiel est supérieur au montant du différentiel versé dans les conditions du 1^o, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au versement en une seule fois du montant égal à la différence entre ces deux montants.

Montant dû par l'assurance maladie = montant dû par assurance maladie dans les conditions du 1^o - (montant définitif de la garantie - montant des recettes perçues au titre de l'activité).

Lorsque le montant issu de ce différentiel est inférieur au montant du différentiel versé dans les conditions du 1^o, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au recouvrement en une seule fois du montant égal à la différence entre ces deux montants.

Montant recouvré par l'Assurance maladie = (montant définitif de la garantie - montant des recettes perçues au titre de l'activité) - montant dû par assurance maladie dans les conditions du 1^o.

IV. – Pour les prestations de soins réalisées au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021, pour les activités mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, exercées par les établissements mentionnés aux *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, dans les conditions du *b* du 2^o du E de l'article 78 de la loi n^o 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, et pour les actes et consultations externes non facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions du C de l'article 78 de la même loi, les établissements bénéficient d'une garantie.

Le niveau de la garantie de financement dont bénéficient ces établissements tient compte du montant des recettes perçues en 2020 au titre de la dotation modulée à l'activité prévue par l'arrêté du 17 avril 2018 susvisé, ces dernières tenant compte du mécanisme de garantie de financement pris en application de l'arrêté du 6 mai 2020.

Le montant de la garantie est égal à six douzièmes du montant des recettes perçues en 2020 majoré d'un taux moyen d'évolution correspondant :

- à deux sixièmes d'un taux nul, correspondant à l'évolution de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1 du même code issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2020 ;
- à quatre sixièmes d'un taux correspondant à l'évolution des tarifs de ces prestations en application de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale issu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2021.

Par dérogation au 4^o du B du I de l'article 2 de l'arrêté du 17 avril 2018 susvisé, le montant réel de la part activité de la dotation modulée à l'activité au titre de 2021 est égal pour les soins de janvier à juin, soit au montant issu de la valorisation prévu dans l'article précité, soit au montant de la garantie de financement lorsque celui-ci est supérieur.

Au plus tard le 20 avril 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé établit le montant définitif de la garantie au titre de la dotation modulée à l'activité de chaque établissement pour la période considérée et le communique à l'établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, le montant de la garantie de financement qui lui est alloué.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

Art. 4. – Au plus tard le 31 octobre 2022, une régularisation du montant versé à l'établissement a lieu afin de tenir compte des éventuelles modifications des données d'activité remontées par les établissements au titre de la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021 conformément à l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale, par comparaison entre le montant de la garantie de financement perçue par l'établissement ainsi que les montants complémentaires versés à l'issue des précédentes régularisations et ses données d'activités, dans les mêmes conditions que celles prévues aux articles 1^{er} à 3 du présent arrêté.

CHAPITRE 2

LES AVANCES DE FINANCEMENT ALLOUÉES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR FAIRE FACE À L'ÉPIDÉMIE DU COVID-19 AU TITRE DE LA LISTE EN SUS POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Art. 5. – I. – Pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021, les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, à l'exception des établissements mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, exerçant les activités mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, bénéficient, pour cette activité, d'une avance au titre des spécialités pharmaceutiques et des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, des produits et prestations mentionnés au même article, des spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation et des médicaments qui, préalablement à l'obtention de leur autorisation de mise sur le marché, ont bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-7-3 du même code.

Le niveau de l'avance dont bénéficient ces établissements correspond à six douzièmes du montant des recettes perçues par l'établissement en 2020, issu des fichiers prévus au troisième alinéa du II de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé, au titre des spécialités pharmaceutiques et prestations.

II. – Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement le montant de l'avance qui lui est allouée. Il notifie ce montant sans délai à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

La caisse concernée verse chaque mois, durant la période concernée, un montant égal à un sixième de l'avance mentionnée au I au titre des spécialités pharmaceutiques et prestations mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article 8 de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé.

Au plus tard le 5 septembre 2021, le montant des recettes perçues par l'établissement fait l'objet d'une régularisation, sur la base des recettes effectivement valorisées des spécialités pharmaceutiques au cours la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021.

a) Lorsque la comparaison fait apparaître que le montant des recettes effectivement valorisées au titre des spécialités pharmaceutiques et prestations mentionnées au I est supérieur au montant des recettes notifiées par l'agence régionale de santé au cours des transmissions précédentes, les caisses mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale procèdent au versement du montant du différentiel à l'établissement en une seule fois.

Le montant dû par l'assurance maladie est calculé de la façon suivante :

Montant des recettes valorisées au titre des spécialités pharmaceutiques pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021 mentionnées au I – montant des recettes notifiées par les agences régionales au cours des transmissions précédentes.

b) Lorsque la comparaison fait apparaître que le montant des recettes effectivement valorisées au titre des spécialités pharmaceutiques et prestations mentionnées au I est inférieur au montant des recettes notifiées par l'agence régionale de santé au cours des transmissions précédentes, les caisses mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale procèdent au recouvrement du montant du différentiel par retenue sur les versements de toute nature.

Le montant dû par l'établissement est calculé de la façon suivante :

Montant des recettes notifiées par les agences régionales de santé au cours des transmissions précédentes -
montant des recettes valorisées au titre des spécialités pharmaceutiques pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021 mentionnées au I.

CHAPITRE 3

APPLICATION AUX HÔPITAUX DES ARMÉES

Art. 6. – Pour l'application des articles 1 à 5 aux hôpitaux des armées mentionnés à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique, le montant théorique de la garantie de financement mentionnée au I de l'article 1^{er}, le montant définitif de la garantie de financement mentionné au 4^o du III de l'article 1^{er}, le montant de la garantie de financement mentionnée au IV de l'article 3, et le montant de l'avance mentionnée au I de l'article 5 sont arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, et notifiés sans délai au ministre chargé de la défense et à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, chargée des versements conformément aux dispositions de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale.

Pour les versements liés à l'activité réalisée du 1^{er} janvier au 30 juin 2021, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale verse au service de santé des armées chaque mois :

1^o Un montant égal à un cinquième de la garantie de financement au titre de l'activité, dans les conditions prévues à l'article 7 de l'arrêté du 21 janvier 2009 susvisé ;

2^o Un montant égal à un cinquième de l'avance mentionnée au I de l'article 5 au titre des spécialités pharmaceutiques et prestations mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article 7 de l'arrêté du 21 janvier 2009 susvisé.

CHAPITRE 4

DISPOSITIONS TRANSVERSES

Art. 7. – Pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2021, les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peuvent bénéficier à leur demande, d'une avance remboursable sur les facturations ultérieures.

Pour le mois de janvier 2021, ces avances bénéficient à tous les établissements concernés qui en font la demande.

Pour les mois de février à juin, 2021, ces demandes d'avances font l'objet d'une validation par le directeur général de l'agence régionale de santé au regard de la mobilisation des établissements dans les prises en charge liées à la crise sanitaire et/ou d'un niveau significatif de déprogrammations et des difficultés de trésorerie pendant la période de la crise sanitaire.

Ces avances correspondent à une mensualité de la garantie de financement estimée pour les mois de janvier à mars puis notifiée pour les mois d'avril à juin.

Les établissements qui sollicitent une avance sont à jour de leurs cotisations sociales. Ils continuent à facturer leur activité, conformément aux règles de droit commun. Ces factures viennent en récupération des avances versées.

Les demandes d'avance formulées par les établissements doivent expressément inclure une déclaration sur l'honneur de l'établissement qu'il n'est pas en cours de liquidation ou de fermeture et qu'en cas de restructuration, transfert d'activité ou fusion à la date de la demande, il s'engage à communiquer sans délai à l'assurance maladie les FINESS juridique et géographique des structures destinataires de ses créances vis-à-vis de l'assurance maladie, telles que ces créances sont nées de ces avances.

Dans le cas où, malgré la déclaration sur l'honneur précitée, une cessation d'activité par liquidation ou une fermeture de l'établissement serait constatée par tous moyens entre le 10 décembre 2020 et le 30 septembre 2022 ou qu'une restructuration aurait été actée sans que les numéros FINESS des structures destinataires des créances n'aient été notifiés à l'assurance maladie, cette dernière pourra engager toute procédure de récupération des sommes perçues au titre des avances sur trésorerie auprès de toutes personnes physiques ou morales.

Art. 8. – La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacune en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 13 avril 2021.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,*
Pour le ministre et par délégation :
*L'adjointe à la sous-directrice
de la régulation de l'offre de soins,*
A. HEGOBURU

*Le ministre de l'économie,
des finances et de la relance,*
Pour le ministre et par délégation :
*La chef de service,
adjointe au directeur de la sécurité sociale,*
M. KERMOAL-BERTHOME